

TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (3 AÑOS Y 6 MESES)

Ambiente		Tiene problemas relacionados con el ambiente como		
	1	Pocas habitaciones por el número de integrantes	NO	SI
	2	Tiene baño instalado	SI	NO
	3	Tiene agua corriente	SI	NO
	4	El barrio es seguro	SI	NO
	5	Los integrantes de la familia beben alcohol	NO	SI
	6	Vive en un departamento con balcón no protegido	NO	SI
	7	Tiene una piscina no protegida	NO	SI
	8	Tiene espacios de agua cerca	NO	SI
	9	Hay armas en la casa	NO	SI
	10	Esas armas ,están bien guardadas	SI	NO
Tóxicos		Está el niño en contacto con sustancias tóxicas como:		
	12	Alcohol	NO	SI
	13	Tabaco	NO	SI

Tóxicos	14	Plomo	NO	SI
	15	Arsénico	NO	SI
	16	Medicamentos	NO	SI
	17	Productos químicos de limpieza	NO	SI
Conducta	18	¿Tiene berrinches en forma frecuente?	NO	SI
	19	¿Tiene llanto excesivo en forma frecuente?	NO	SI
	20	¿Tiene para el algún objeto transicional?	SI	NO
	21	¿Usa chupete como autosatisfacción?	NO	SI
	22	¿Tiene miedos?	NO	SI
	23	¿Responde bien cuando Ud. le llama la atención?	SI	NO
	24	¿Le gusta que le lean cuentos?	SI	NO
	25	¿Es celoso?	NO	SI
	26	¿Tiene actitudes agresivas?	NO	SI
	27	¿Presenta masturbaciones?	NO	SI
28	¿Tiene algún juguete favorito?	SI	NO	
Hábito Alimentación	29	¿Se duerme con el biberón?	NO	SI
	30	¿Come bien? ¿Tiene apetito?	SI	NO

Hábito Alimentación	31	¿Come variado?	SI	NO
	32	¿Come frutas y verduras?	SI	NO
	33	¿Toma gaseosas o jugos industrializados?	NO	SI
	34	¿Ingiere leche y lácteos?	SI	NO
	35	¿Toma en taza?	SI	NO
	36	¿Come con cubiertos?	SI	NO
	37	¿Hay problemas a la hora de la comida?	NO	SI
	38	¿Come arena, tierra u otra cosa que no sea comida?	NO	SI
Hábito Evacuatorio		Tiene problemas con defecación durante un mes como:		
	39	Dos o menos deposiciones por semana	NO	SI
	40	Historia de retención fecal excesiva	NO	SI
	41	Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras	NO	SI
	42	Historia de deposiciones voluminosas	NO	SI
	43	Presencia de una gran masa fecal en el recto	NO	SI
	44	Al menos un episodio semanal de incontinencia	NO	SI
	45	Deposiciones voluminosas que tapan el baño	NO	SI
	46	Cuatro o más deposiciones sueltas diarias indoloras	NO	SI

Hábito Evacuatorio	47	Diarrea mayor de cuatro semanas	NO	SI
	48	¿Orina menos de cuatro veces por día?	NO	SI
	49	¿Controla ya esfínteres en el día?	SI	NO
	50	¿Controla ya esfínteres en la noche?	SI	NO
Hábito Sueño	51	¿Duerme solo en la habitación?	SI	NO
	52	¿Duerme siesta?	SI	NO
	53	¿Se rehúsa a ir a la cama?	NO	SI
	54	¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?	NO	SI
	55	¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?	SI	NO
Lenguaje	56	¿Utiliza frases de 3 a 5 palabras más pronombres como "mío" "tuyo"?	SI	NO
	57	Cuando pronuncia las palabras ¿Ud. le entiende?	SI	NO
	58	¿Utiliza preposiciones "donde", "en"?	SI	NO
	59	Si le hace una pregunta que comienza con ¿Por qué?, el niño ¿lo comprende?	SI	NO
	60	¿Puede a esta edad mantener casi una conversación?	SI	NO
	61	¿Presenta tartamudeo?	NO	SI
Escuela	62	¿Presentó problemas de adaptación al jardín?	NO	SI

Personalidad	63	¿Falta frecuentemente al jardín?	NO	SI
		¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo?		
	64	Nervioso	NO	SI
	65	Hiperactivo	NO	SI
	66	Inquieto	NO	SI
	67	Tranquilo	SI	NO
	68	Retraído y apático	NO	SI
	69	Asustadizo	NO	SI
	70	Inseguro	NO	SI
	71	Sociable	SI	NO
Independencia	72	¿Tiene signos de independencia, quiere hacer las cosas solo, no permite que le ayude al subir escaleras?	SI	NO
	73	¿Se pone irritable o ansioso frente a extraños o al separarse de su familia?	NO	SI
	74	¿Se le debe dar de comer?	NO	SI
Relaciones con otras personas	75	¿Es el niño comunicativo y sociable con adultos?	SI	NO
	76	¿Respeto sentimientos y actitudes de los adultos?	SI	NO
	77	¿Se relaciona bien con parientes?	SI	NO

Relaciones con otras personas	79	¿Se relaciona bien con otros niños?	SI	NO
	80	¿Le gusta jugar con otros niños (juega bien, no se pelean)?	SI	NO
Situación familiar	81	¿Es una familia numerosa?	NO	SI
	82	¿Ud. lo mimas, expresa cariño?	SI	NO
	83	¿Cambios en cuanto a la persona que cuida a su hijo?	NO	SI
	84	Mudanzas	NO	SI
	85	Mascotas	NO	SI
	86	Muertes	NO	SI
	87	Separación de padres	NO	SI
	88	¿Existe rivalidad entre hermanos?	NO	SI
	89	¿Hubo alguna situación de violencia familiar?	NO	SI
	90	¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?	SI	NO
	91	¿La situación económica es regular o mala?	NO	SI
	92	¿La pareja tiene privacidad?	SI	NO
	93	Uds. los padres ¿le pone/n límite/s al/los niño/s?	SI	NO
94	Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?	NO	SI	
95	¿Pasa mucho tiempo el padre o la madre fuera de casa?	NO	SI	

Situación familiar	96	¿La madre trabaja?	NO	SI
	97	¿Tiene a alguien para cuidar de su bebe cuando UD sale?	SI	NO
	98	¿Coopera el niño con las tareas de la casa?	SI	NO
	99	¿Juega UD o ambos con el niño todos los días?	SI	NO
	100	¿Le brinda atención y afecto?	SI	NO
	101	¿Se sienten bien los integrantes de la familia?	SI	NO
	102	¿Se relaciona bien el niño con ustedes?	SI	NO
	103	¿Conviven los padres con el niño?	SI	NO
	104	¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada?	NO	SI
	105	¿Alguien en la familia es adicto al tabaco, alcohol o drogas?	NO	SI
	106	¿Le administra de vez en cuando medicación casera?	NO	SI
107	¿Juega imitando situaciones cotidianas?	SI	NO	